

ERIKOISTUNUT HUUMEHOITO: PALVELURAKENNE JA HUUMEHOIDON JÄRJESTELMÄ

Valtioneuvoston eduskunnalle antaman päihdeoloja koskevan kertomuksen (1994, 39) mukaan huumausaineiden käyttäjät hoidetaan, kuten muidenkin päihteiden ongelmakäyttäjät, ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen yhteydessä. Tämän lisäksi huumausaineiden käyttäjät voivat hakeutua sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluihin, päihdehuollon katkaisuja kuntoutuslaitoksiin tai psykiatriin sairaaloihin. Varsinaisesti huumausaineiden käyttäjien hoitoon erikoistuneina hoitoyksikköinä kertomuksessa mainitaan HYKS:n huumevieroitusyksikkö, A-klinikkasäätiön Hietalinna-yhteisö, Kalliolan kannatusyhdistyksen ylläpitämä Kiskon yksikkö sekä Vapaaksi Huumeista ry:n vastaanottokoti Espoossa.

Erityispalvelujen asema huumehoidossa on ollut pitkään epäselvä. Oleellisia muutoksia on tapahtunut aika hiljattain. 1960- ja 1970-luvun taitteen huumeaallon jälkeen Suomessa omaksuttiin epäilevä asenne erityisyksiköiden tarpeeseen. Esimerkiksi vielä kymmenen vuotta sitten sosiaali- ja terveysministeriön nuorten huumetyöryhmän muistiossa (1985) katsottiin erityispalveluiden vahvistavan käyttäjien narkomaani-identiteettiä ja muokkaavan ongelmaa ylläpitävää huumestruktuuria. Huumekeskeisiä erityispalveluja vastaan puhui työryhmän mielestä myös se, että suurin osa huumeiden käytöstä on sekakäyttöä ja perusproblematiikka huumeongelmien takana on samankaltainen kuin muissakin päih-

deongelmissa. Tästä linjasta poiketen 1980-luvun jälkipuoliskolla perustettiin kuitenkin joitakin nimenomaisesti huumeiden käyttäjille suunnattuja hoitopisteitä, joista edellä valtioneuvoston kertomuksessa mainittu yksiköt ovat tunnetuimmat. Erityispalvelujen esiinnousun myötä myös eräät vanhemmat laitokset ovat nostaneet profiiliaan huumeongelmaisten hoitopaikkoina.

Aikaisempaan tilanteeseen verrattuna meno huumehoidon kentällä on ollut viime vuodet peräti villiä. Edellä nimettyjen, asemansa vakiinnuttaneiden yksiköiden lisäksi alalle on tullut useita muitakin yrittäjiä. Uusimpia julkisuudessa esiteltyjä hankkeita ovat Koivulehdon hoitokoti Liperissä ja alle 18-vuotiaille tarkoitettu yksikkö Espoossa (Huumenuoren..., 1995). Hoitotoiminnan aloittamista kaavailee myös scientologinen Narconon-yhdistys (Scientologiaan..., 1995). Aarne Kinnunen, Juhani Lehto ja Elisabeth Ettorre (1995) ovat suomalaisen huumehoidon kehityksen jaksottelussaan nimenneet tämän muutoksen ”antaa kaikkien kukkien kukkia” -vaiheeksi.

Muutoksen taustalla voi nähdä useita tekijöitä. Yksi lienee se, että hoitopalvelujen tarve on aidosti kasvanut. Esimerkiksi loppuvuodesta 1990 tuli Helsingissä esille lähes sata temgesic-vieroitusta haluavaa narkomaania (Hakkarainen & Hoikkala 1992). Tutkimusten mukaan huumeiden käytön ongelma-aste on keskeinen hoitohalukkuuteen vaikut-

tava tekijä (Heinonen 1989, 125–126; Fiorentine & Anglin 1994). Luultavasti moni 1970-luvulla aloittanut käyttäjä oli 1980-luvun puolivälissä tullut tilanteeseen, jossa aineiden käyttö oli johtanut paheneviin ongelmiin ja sitä kautta virinneeseen hoitohalukkuuteen. Huumeiden käyttäjille on tyypillistä se, että he vaativat itselleen erityispalveluja.

Huumeekysymyksen merkitystä on korostanut myös sekakäytön lisääntyminen päihdehuollon asiakaskunnassa. Nykyisin alkoholi-ongelmiin liittyy aikaisempaa useammin lääkaineiden ja laittomien huumausaineiden käyttöä (Nuorvala & Vertio 1989; Nuorvala & Lehto 1992; Ovaska & al. 1993). Kolmas taustatekijä on ollut tiedotusvälineiden, poliisin ja joidenkin painostusryhmien, erityisesti huumeuorten vanhempainyhdistysten, esittämät vaatimukset erikoistuneen huumehoidon kehittämiseksi (Hakkarainen 1992).

Neljäs tekijä on ollut taloudellinen. Erityispalveluja odottavat huumeiden käyttäjät, julkinen painostus, huumehoitoon osoitettu valtiollinen erityistuki (Kinnunen & al. 1995) ja kuntien aikaisempaa joustavimmat mahdollisuudet hoitopalvelujen ostamiseen (Takala & Lehto 1992) loivat markkinat erityispalveluiden tarjoajille. Esimerkiksi Kiskon yksikkö ja Hietalinna-yhteisö saivat perustamisvaiheissaan huumehoitoon osoitettua erityistukea, mikä johti kaksi vahvaa alkoholistihoidon toimijaa, A-klinikkasäätiön ja Kalliolan klinikat, laajentamaan toimintaansa huumehoidon suuntaan.

TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Huumeongelmaisten hoitoa on tutkittu Suomessa vähän. Meillä on jonkin verran yleistietoa huume- ja muihin päihdeongelmiin liittyvien hoitopalvelujen käytöstä (Nuorvala & Vertio 1989; Nuorvala & Lehto 1992; Kontula & Koskela 1992), asiakaskokemuksista (Heinonen 1989) ja henkilökunnan näkemyksistä (Kuussaari 1994), mutta sitä, miten hoitojärjestelmä huumeiden käyttäjien kohdalla toi-

mii ja mitä tarjottuun hoitoon sisältyy, tunemme huonosti. Edellisen kerran, 1970-luvun alussa, kokeillut huumehoidon erityisyyksiköt kaatuivat asiakaspulaan. Miltä tilanne näyttää tänään? Onko erityispalveluilla kysyntää riittävästi?

Tutkimuksemme on luonteeltaan lähinnä kuvaileva yleiskartoitus siitä, millaisia erityishoitopalveluja huumeiden käyttäjille on tarjolla ja miten ne niveltyvät terveydenhuollon yleispalveluihin. Tässä artikkelissa esitetään tietoja huumeongelmaisia hoitavien yksiköiden resursseista, toiminnasta ja keskinäisistä suhteista. Tarkoitus on kuvata huumeiden käyttäjien hoidon institutionaalista rakennetta ja hoitojärjestelmän toiminnan ehtoja erityispalveluiden kautta.

Hoitoideologioista, huumeongelman määrittelystä ja hoitomenetelmistä julkaisemme tietoja erikseen.

Vuoden 1994 huumausainelaisissa on erityinen säännös (rikoslaki 50. luku 7. §) huumausainerikokseen syyllistyneen henkilön syyttämättä tai tuomitsematta jättämisestä. Syytteestä ja rangaistustoimista voidaan luopua, jos tekijä osoittaa sitoutuneensa sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymään hoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriö on loppuvuodesta 1994 tehnyt päätöksen (1394/94) hyväksyttävän hoidon edellytyksistä, mutta muutoin tilanne on vielä uutuudessaan outo niin sosiaali- ja terveyspuolella kuin tuomioistuimissa ja syyttäjien keskuudessa (Huumausainelainsäädäntökoulutusta..., 1995). Tutkimustietoa tarvitaan lisää tästäkin näkökulmasta.

TUTKIMUSAINEISTO

Huumeongelmiin erikoistuneiden hoitoyksikköjen lisäksi kohteiksi valittiin sellaiset sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteet, jotka ovat suunnanneet palvelujaan myös huumausaineiden käyttäjille tai jotka ovat yleisesti tunnettuja huumeongelmaisten hoitopaikkoina. Näin kootut 12 yksikköä ovat

ryhmiteltävissä erityyppisiin laitoksiin seuraavasti:

Huumeisiin erikoistuneet yksiköt (H-ryhmä):

- HYKS:n huumevieroitusyksikkö, Helsinki
- Kalliolan klinikoiden Kiskon toimintayksikkö, Kisko
- Vapaaksi huumeista ry:n Pellaksen vastaanotto- ja hoitoonohjauskoti, Espoo

Alkoholistiparantolat ja A-klinikat (A-ryhmä):

- Järvenpään sosiaalisairaala, Järvenpää
- Tervalammen kartano, kuntoutuskeskus, Vihti
- Mainiemen kuntoutumiskeskus, Lammi
- Kettutien A-poliklinikka, Helsinki

Nuorille suunnatut päihdeongelmien hoitopaikat (N-ryhmä):

- Hietalinna-yhteisö, Helsinki
- Sutela-koti, Mikkeli
- Nuorten päihdepysäkki, Tampere

Psykiatriset hoitoyksiköt (P-ryhmä):

- Helsingin nuorisopsykiatrian yksikkö, Helsinki
- Hesperian sairaala, Helsinki

Kohdejoukon paikka huumehoidon kentällä voidaan määrittää vertaamalla luetteloa listaan, joka saatiin sosiaali- ja terveyshallituksen kyselyssä vuonna 1992. Siinä päihdehuollon yksiköiltä tiedusteltiin, minne ne ohjaavat huumeasiakkansa, joita eivät itse voi hoitaa (ks. Kontula & Koskela 1992, 103). Listalta löytyvät nimeltä mainiten HYKS, Kisko, Järvenpää, Hietalinna ja Pellas. Myös Sutela-koti kuuluu tavallaan tähän joukkoon, sillä se pyrkii jatkamaan kyselyssä kärkipäähän sijoittuneen Mikkelin A-kodin toimintaa. Hesperia ja Helsingin nuorisopsykiatrian yksikkö ovat esimerkkejä psykiatrisista sairaaloista. Yleisryhmän listalla esiintyviä kuntoutuslaitoksia edustavat Tervalampi ja Mainiemi, jotka ovat profiloineet itseään myös huumehoidon yksikköinä. Listalla olevat A-klinikan katkaisuasemat, terveyskeskukset ja yleissairaalat muodostavat laajan verkoston, jossa tapaukset ovat hajallaan, eikä niistä tässä ole mukana erityisiä esimerkkiyksiköitä. Kettutien A-poliklinikka sen sijaan on kokeiluprojektinsa kautta tunnetuksi tullut huu-

meiden käyttäjien avohoitopaikka. Nuorten päihdepysäkki on perustettu kyselyn jälkeen. Yleisesti voidaan arvioida, että tutkimusjoukko edustaa kattavasti huumehoidon osaamisen keskeisimpiä yksiköitä Suomessa.

Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 1994 ja sitä täydennettiin joillakin yksityiskohdilla myöhemmin. Kustakin hoitoyksiköstä pyydettiin niiden toimintaa kuvaavat esitteet, toimintakertomukset, budjettilaskelmat ja muut raportit. Tämän lisäksi tutkimusavustajana toiminut Kristiina Kuussaari vieraili yksiköissä haastattelemassa niiden edustajia. Haastattelut olivat pääosin yksilöhaastatteluja. Neljässä yksikössä kysymyksiä pohdittiin useamman henkilön voimin. Haastatellut henkilöt olivat yksikköjen toiminnan asian tuntijoita, johtajia, ylilääkäreitä, ylihoitajia tai osastonhoitajia. Ryhmätilanteissa mukana oli myös muita työntekijöitä, esimerkiksi huumeongelmiin erikoistunut hoitotiimi. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Litteroituina haastattelut ovat keskimäärin 30 tekstisivun mittaisia (yhteensä 363 sivua).

Aineistoa kerättäessä saatiin taas kerran havaita, että sen määrittely, mikä on huumeita, ei ole yksiselitteistä. Tutkimuksessa käytetty määritelmä on sellainen, että siinä on painotettu laittomien huumeaineiden käyttöä. Pelkkä lääkkeiden käyttö tai alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö on pyritty jättämään sivuun, samoin kuin alkoholistin satunnainen pilvenpolttokin. Yksikköjen rekisterikäytäntöjen kirjavuudesta johtuen lukumäärien laskeminen on vaatinut joissakin tapauksissa sovittelua ja tutkijoiden tulkintaa. Olemme pyrkineet siihen, että kun tutkimuksessa puhutaan huumeasiakkaista, kysymys olisi pääsääntöisesti nk. kovien huumeiden (opiaatit, amfetamiini, kokaiini, lsd) käytöstä tai sellaisesta useiden päihhteiden sekakäytöstä, jossa laittomat huumeaineet ovat vahvasti mukana.

HUUMEHOIDON INSTITUTIONAALISET KEHYKSET

Tutkimuksessa mukana olevien yksiköiden taustat ja perustamishistoriat ovat aika erilaisia. Psykiatriset yksiköt, Hesperian sairaala ja Helsingin nuorisopsykiatrian yksikkö, sekä päihdehuollon erityisyksikkö Järvenpään sosiaalisairaala ovat hoitaneet huumepotilaita omien palvelujensa rajoissa jo 1960- ja 1970-luvun vaihteesta lähtien. Mainiemen kuntoutumiskeskus ja Tervalammen kartano ovat entisiä työlaitoksia, jotka siirtyivät päihdeongelmaisten hoitoon 1940- ja 1950-luvun vaihteessa. Hoitopalveluja huumeongelmaisille niissä on tarjottu vasta parin viime vuoden aikana. Kun käyttöaste päihdehuollon laitoksissa on 1980-luvulta alkaen jatkuvasti laskenut (Kaukonen 1994, 12–13), on Mainiemes- sä huumehoidosta etsitty alkoholistihoidon supistuneen kysynnän korvaajaa.

Uudehkoihin hoitoyksiköihin kuuluu A-klinikkasäätiön ylläpitämä Hietalinna-yhteisö, jonka juuret tosin ulottuvat nuorten katkaisuhuitoasemalle vuoteen 1976. Toimenkuvaa uudistettiin 1980-luvun puolivälissä, jolloin henkilökunnan ja hoitopaikkojen määrää lisättiin huumehoitoon osoitetun määrärahan avulla. Katkaisuhuitoaseman nimestä luovuttiin, ja uudistettu yksikkö aloitti toimintansa vuonna 1987. 1980-luvun huume keskustelun ”lapsia” ovat myös HYKS:n huumevieroitusyksikkö, Kalliolan klinikoiden Kiskon toimintayksikkö ja Vapaaksi Huumeista ry:n hoitokoti. Kiskossa toiminta aloitettiin vuonna 1986, HYKS:ssä vuotta myöhemmin. Vanhempainyhdistys Vapaaksi Huumeista ry. käynnisti hoitokotitoiminnan vapaaehtoisin voimin vuonna 1984. Toiminta muutettiin ammattimaiselle pohjalle 90-luvun alussa ja Pellaksen yksikkö avattiin vuonna 1992.

Uusimmat mukana olevat yksiköt on perustettu 1990-luvulla. Kun vuodesta 1952 toiminut Mikkelin A-koti, joka oli pitkään lähes ainoa huumehoitoon osoitettu yksikkö Suomessa, lakkautettiin vuonna 1993, avasi osa sen työntekijöistä uuden yksikön Sutela-ko-

din nimellä. Nuorten päihdepysäkki perustettiin tamperelaisnuorten lisääntyneiden päihdeongelmien takia vuonna 1993. Uusiin yksiköihin kuuluu myös Kettutien A-poliklinikka. Se käynnistettiin vuonna 1990 lääkkeiden väärinkäyttäjien hoidon kokeiluprojektina, joka on saanut rinnalleen myös nk. monipäihdeprojektin.

Toiminta- ja henkilöstöresursseiltaan yksiköt muodostavat hyvin epäsuhtaisen joukon. Henkilökunnaltaan pienimmät yksiköt ovat Sutela-koti (5) ja Pellas (7). Tyypillisimmillään yksiköissä on 10–20 työntekijää. Nuorisopsykiatrian yksikössä (47), Tervalamella (53,5) ja Järvenpäässä (79) henkilökuntaa on selvästi enemmän, ja aivan omaa luokkaansa on 600 henkilöä työllistävä Hesperian sairaala. Budjeteiltaan tutkimusjoukosta löytyy yhtäältä 1–3 miljoonan yksikköjä ja toisaalta yli 10 miljoonan yksikköjä. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat kaikki nuorille tarkoitetut toimipaikat ja huumehoidon erityisyksiköt HYKS:n vieroitusklinikkaa (budjetti n. 8 milj.) lukuun ottamatta. Suuremmissa yksiköissä, joita ovat psykiatriset yksiköt ja päihdehuollon laitokset, huumehoidolla on vain pieni osuus kokonaistoiminnasta.

Hoidon rahoituslähteinä ovat pääasiassa kuntien käyttökorvaukset ja hoitopäivämaksut. Vaikka yksiköt toimivat pitkälti tulosvastuullisesti, on erilaisilla tukimuodoilla ja taustaorganisaatioilla niille tärkeä merkitys. Raha-automaattiyhdistyksen rooli toiminnan tai projektien rahoittajana on merkittävä useassa yksikössä. Sosiaali- ja terveysministeriö ja erilaiset vapaaehtoisjärjestöt mainitaan myös rahoituslähteinä. Vapaaksi Huumeista ry:llä on yhteistyötä Diakonissalaitoksen kanssa. Järvenpään sosiaalisairaalan, Hietalinna-yhteisön ja Kettutien A-poliklinikan taustalla on A-klinikkasäätiö. Kiskon hoito-yhteisö kuuluu Kalliolan klinikoihin. HYKS:n huumevieroitusyksikkö on osa laajaa sairaalaorganisaatiota. Hesperian sairaalan, Helsingin nuorisopsykiatrian yksikön ja Tervalammen kartanon toiminnan rahoittaa Helsingin kaupunki. Nuorten päihdepysäk-

kiä ylläpitää Tampereen kaupunki.

Hoitopäivän hinta koostuu yleensä kuntaosuudesta ja asiakkaan omavastuusuudesta. Useimmissa paikoissa hoitoonpääsyn edellytyksenä on kotikunnan maksusitoumus. Pellaksessa hoidosta peritään vain kuntaosuus, eikä asiakkaalla tarvitse olla maksusitoumusta etukäteen. Kiskossa yksikön sopimuskuntien (Helsinki, Vantaa ja Espoo) asiakkaan omavastuusuus sisältyy hoitopäivän hintaan. Myös HYKS:n vieroitusyksikössä kunnat maksavat yleensä asiakkaan omavastuuosuuden automaattisesti.

Taloudellinen lama on näkynyt huumehoidossa siten, että maksusitoumusten saaminen kunnilta on hankaloitunut. Hoitoajat ovat lyhentyneet ja jatkohoitoon on ollut aikaisempaa vaikeampi päästä. Tiukentamisen kolmas kriteeri on ollut se, että ensikertalainen on saanut maksusitoumuksen helpommin kuin uudelleen hoitoa yrittävä.

Hoitopäivän hinnoissa on huomattavia eroja. H-ryhmän paikoissa vuorokausihinta on noin 500 mk paitsi HYKS:ssä, jossa se on 1 800 mk. A-ryhmässä hinnat vaihtelevat 216 mk:sta noin 500 mk:aan. N-ryhmässä hintahaitari on 300 mk:sta 830 mk:aan. Kalleimmat hoitovuorokaudet on P-ryhmässä: 1 500–1 800 mk. Poliklinikkakäynti Kettutiellä maksaa 272 mk ja HYKS:n huumevieroitusyksikössä 580 mk. Kahdessa yksikössä hinta sopimus- tai jäsenkuntien asiakkaille on hie- man alhaisempi. Sutela-kodissa hinta laskee hoitoajan pidentyessä.

Huumehoidon yksikköjen sijaintiin liittyy kaksi toisistaan eroavaa näkemystä. Kaupunkisijaintia perustellaan sillä, että hoitoa tulisi antaa siinä ympäristössä, jossa aineiden käyttökin tapahtuu. Palvelut ovat tällöin lähellä käyttäjiä ja helposti saatavilla. Toisaalta huumeiden käyttäjät halutaan hoitaa sen yhteisön keskellä, johon he hoidon lopetettuaan todennäköisesti palaavat. Kynnys paluulle normaaliin elämään pyritään pitämään mahdollisimman matalana. Maaseutuyksiköissä halutaan katkaista hoidettavan suhteet aikaisempaan sosiaaliseen ympäristöön, erityisesti huume-

porukoihin. Välimatkaa taajamiin pidetään myös eräänlaisena ”motivaatiomittarina”: sen, että huumeiden käyttäjä näkee vaivaa hoitoon hakeutumisessa, katsotaan kuvastavan harkittua lähtöasennetta hoitoa kohtaan. Maaseutuyksiköissä hoidon keskeyttäminen on vaivalloisempaa kuin kaupunkikeskuk- sessa, esimerkiksi lähtöajatuksat saattavat muuttua matkalla, jos bussille on käveltävä viisi kilometriä. Maaseutusijainnin yksi on- gelma on asiakkaan paluu kotiympäristöön.

Tutkimusaineiston yksiköistä puolet sijait- see kaupungissa, puolet maaseudulla. Kau- punkiyksiköt ovat yleensä osa suurempaa ko- konaisuutta, keskussairaala, terveydenhuol- toa tai sosiaalitoimea. Osa yksiköistä on tiloi- taan hyvin sairaalamaisia, osassa, varsinkin nuorten paikoissa, on pyritty kodinomaisu- teen. Maaseutuyksiköt koostuvat lähes poik- keuksetta useamman rakennuksen kokonai- suudesta. Tilat ovat vanhoja remontoituja ra- kennuksia, joiden suunnittelussa on pyritty kodinomaisen tunnelman luomiseen. Poikke- uksena on Järvenpään sosiaalisairaala, jossa on selvä laitostuminen leima. Maaseutuyksi- köt sijaitsevat luonnonkauniilla paikoilla, ve- sistöjä löytyy monen yksikön läheisyydestä.

PALVELUJEN TARJONTA JA KYSYNTÄ

Huumehoidon palvelut ovat keskittyneet pää- kaupunkiseudulle tai sen lähituntumaan. Ai- noastaan Sutela-koti Mikkelin lähistöllä ja Päihdepysäkki Tampereella sijaitsevat hie- man kauempana. Alueellinen keskittäminen näkyy myös siinä, että useissa yksiköissä Hel- sinki, Vantaa ja Espoo ovat sopineet itselleen omat vuosittaiset paikkakiintiönsä. Vaikka yksiköt ovat valmiita tarjoamaan palvelujaan huumeiden käyttäjän asuinkunnasta riippu- matta, valtaosa niiden asiakkaista tulee Hel- singistä ja muualta pääkaupunkiseudulta. Esimerkiksi HYKS:n vieroitusyksikössä 3 prosenttia, Kiskossa 20 prosenttia, Pellaksessa 11 prosenttia ja Hietalinnassa 3 prosenttia asiakkaista tuli vuonna 1993 tämän ydinalu-

een ulkopuolelta. Päihdepysäkki, Sutela-koti ja Mainiemi eroavat asiakaskuntansa kotipaikkojen perusteella muista: Häme ja Keski-Suomi tulevat niissä vahvasti esiin.

Julkisuudessa on viime vuosina toistuvasti esitetty, että alle 18-vuotiaille huumeiden käyttäjille ei ole tarjolla hoitopaikkoja. Tämä pitää kuitenkin paikkansa lähinnä vain huumehoidon erityisyksiköiden ja alkoholistiparantoloiden suhteen, ja tästäkin on poikkeuksena HYKS:n huumevieroitusyksikkö, jossa hoitoon pääsyn alaikäraja on 16 vuotta. N-ryhmän yksikköjen ja Helsingin nuorisopsykiatrian yksikön palvelut taas on suunnattu nimenomaisesti nuorille ja siten myös alle 18-vuotiaiden huumeiden käyttäjien auttamiseen. Tätä ei julkisuudessa käydyssä keskustelussa ole huomattu tai tahdottu huomata. Vaikuttaakin siltä, että esityksissä on tuijotettu pelkästään huumehoidon erityisyksiköiden tarjoamaan ainekeskeiseen malliin. Epäsuhta esitettyjen vaatimusten ja olemassa olevien paikkojen välillä kielii huumehoidon kentällä vallitsevasta kilpailusta.

Paljonko hoitopaikkoja huumeongelmaisille on tarjolla? HYKS:n vieroitusyksikössä on poliklinikan lisäksi 4 + 1 katkaisupaikkaa, Kiskossa 22 hoitopaikkaa ja Pellaksessa 5 + 1 paikkaa. Nuorten huumeiden käyttäjien hoitoa mainostavassa Sutela-kodissa on 20 paikkaa, mutta nykyisillä henkilöstöresursseilla todellinen hoitokapasiteetti on noin puolet pienempi. Tervalamella huumeongelmaisille on kiintiöity 2 paikkaa (1 mies, 1 nainen). Muissa yksiköissä huumeiden käyttäjille ei ole erityisiä kiintiöitä.

Hoitopaikkoja tutkimusaineiston yksiköissä on kaiken kaikkiaan 685. Valtaosa (321) niistä on psykiatrian yksiköissä ja tarkoitettu mielenterveysongelmien hoitoon. Muissa yksiköissä on yhteensä 364 paikkaa. Ilman selkeitä varauksia niistä on noin 150 paikkaa, joista suurin osa on käytännössä alkoholisteja varten. Kun nimenomaisesti huumepotilaille tarkoitettuja paikkoja on noin 50, voidaan arvioida, että tutkimusaineiston yksiköissä olisi huumeongelmaisille käytettävissä 80–100

laitoshoitopaikkaa. Avohoidon palveluja on tarjolla HYKS:n yksikössä, Kettutien A-poliiklinikalla ja Hietalinnassa.

Huumehoidon erityisyksiköissä käyttöaste on korkea: vuonna 1993 HYKS:ssä 90 prosenttia, Kiskossa 72 prosenttia ja Pellaksessa 100 prosenttia ilman lisäpaikkaa. A-ryhmässä laitospaikkojen käyttöaste oli selvästi pienempi: Järvenpäässä 49 prosenttia ja Mainiemessä 44 prosenttia. Tervalamella on kiintiöidyn kahden huumeongelmaisen sijasta ollut hoidossa yleensä kolme huumeasiakasta. Nuorille suunnatuissa yksiköissä paikkojen käyttöaste vaihteli. Hietalinnassa se oli varsin korkea, 74 prosenttia, mutta Nuorten päihdepysäkillä selvästi alhaisempi, 55 prosenttia (1994). Sutela-kodissa henkilöstöresursseihin suhteutettu käyttöaste oli 70 prosenttia (1994). Psykiatrian yksiköissä huumeongelmaiset ovat vain pieni osa laajasta potilasjoukosta, mutta yksiköistä kerrotaan huume tapausten lisääntyneen viime vuosina selvästi. Yleisesti voidaan todeta, että ongelman erityisyyttä korostavalla huumehoidolla on ilmeistä kysyntää.

Tutkimusaineistoon kuuluissa yksiköissä annettiin yhden vuoden aikana hoitopalveluja 1 035 huumeasiakkaalle. Lukua ei pidä ottaa mittana huumeongelmaisten henkilömäärästä, sillä jotkut henkilöt ovat kirjautuneet potilaaksi vuoden aikana useammassakin yksikössä. Eräänlainen päällekkäisyys on jo rakennettu huumehoidon palvelurakenteen sisään: erityyppiset palvelut, poliklinikka, katkaisu, hoitoonohjaus, vieroitus ja kuntoutus, ovat tarkoituksellisestikin porrasteisia. Esimerkiksi Pellaksen vastaanotto- ja hoitoonohjauskodin vuoden 1993 asiakkaista noin 40 prosenttia kirjoitautui jatkohoitoon johonkin tutkimusjoukkoon kuuluvaan yksikköön. Huumeongelmaisten henkilömäärän sijasta luku 1 035 tulee ymmärtää joko annettujen hoitopalveluiden mittana tai sitten mittarina erityyppisten hoitopalvelujen asiakaskysynnän yhteisvolyyminä. Kysyntää huumehoidon palveluille löytyy näinkin mitattuna.

Keskimääraisten hoitoaikojen perusteella

Taulukko 1. Hoitoyksikköjen huumeasiakkaat, hoitovuorokaudet ja henkilökuntaresurssit yhden vuoden ajalta

yksikköryhmät	huumepotilaita	hoitovuorokausia	henkilökuntaa
H-ryhmä	478	8 872	35
A-ryhmä	150	2 429	160
N-ryhmä	265	4 114	37
P-ryhmä	142	1 526	647
yhteensä	1 035	16 941	879

Tiedot ovat kahta yksikköä lukuun ottamatta vuodelta 1993. Koska toiminta kahdessa nuorten yksikössä on käynnistynyt vasta äskettäin, ovat Päihdepysäkin ja Sutela-kodin tiedot vuodelta 1994.

arvioiden voidaan todeta, että laitoshoidon yksiköissä annettiin vuonna 1993 yhteensä noin 17 000 huumeongelmaan liittyvää hoitovuorokautta. Hoitopäivän hinnan mukaan laskettu laitoshoitopalvelujen rahallinen vuosiarvo oli noin 11,5 miljoonaa markkaa. Kun avohoidon palveluja annettiin yksiköissä noin 3 miljoonan markan edestä, huumehoidon kokonaissumma tutkimusjoukossa nousee 14–15 miljoonaan markkaan. Taulukossa 1 esitetään asiakasmäärien, hoitovuorokausien ja henkilökunnan määrän jakautuminen yksikköryhmittäin.

Huumeasiakkaan määrittelyssä oli joidenkin yksikköjen välillä aikamoisia eroja: yhdessä kirjattiin kaikki esille tulleet aineet, toisessa tapaukset jaoteltiin alkoholikeskeisiin, lääkekeskeisiin ja huumekeskeisiin, kolmannessa hallitseva luokka oli sekakäyttö. Ensimmäisessä tapauksessa ongelmana on päällekkäisyys (sama henkilö mukana useamman aineen kohdalla); tätä pyrittiin minimoimaan ottamalla mukaan vain kovien aineiden käyttäjät. Toisessa tapauksessa mukaan otettiin vain huumekeskeisten ryhmä, vaikka menettely tuottaa vähemmän huumeasiakkaita kuin ensimmäisessä ja kolmannessa tapauksessa, joka taas antaa helposti suurenteleman kuvan. Tulkintavaikeuksiin jouduttiin erityisesti N-ryhmän yksiköiden ja yhden A-ryh-

män yksikön kohdalla, ja täytyy pitää mielessä, että luvut eivät näin ollen ole kaikilta osin täysin yhteismitallisia, suuntaa-antavia kylläkin.

Taulukon 1 mukaan huumehoidon palveluja annettiin eniten henkilöstöresursseiltaan pienissä H-ryhmän ja N-ryhmän yksiköissä. Huumehoidon erityisyksikköjen luvut osoittavat, että huumehoidolla on kysyntää, mutta hoitopalveluissa on selvästikin myös käyttämättöä kapasiteettia. Kun otetaan huomioon yleisen päihdehuollon paikkojen (A-ryhmä) verrattain alhainen käyttöaste, voidaan todeta, että niissä olisi vuonna 1993 ollut kapasiteettia toteutunutta laajempaankin huumeongelmaisten hoitoon. Sama koskee osin myös nuorille suunnattuja yksiköitä. Tutkimusaineistossa mukana olevissa psykiatrian erityisyksiköissä huumehoito rajattiin tiukasti akuuttien mielenterveyden häiriötilojen (psykoosien) hoitoon.

TYÖNJAKO JA YHTEISTYÖ HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN HOIDOSSA

Haastatteluissa yksiköiden edustajilta kysyttiin heidän näkemyksiään siitä, miten huumeongelmaiset yleisten terveystalvelujen piirissä kohdataan ja mitkä ovat yleisten terveys-

palveluiden mahdollisuudet huumeongelmien hoidossa. Vastauksissa terveydenhoidon peruspalvelujen merkitys nähtiin tärkeäksi erityisesti ongelmien varhaistoteamisen ja aikaisen puuttumisen kannalta. Hoidon kannalta olisi sitä parempi, mitä aikaisemmin huumeongelmiin voitaisiin puuttua. Esimerkiksi terveyskeskukset, työterveydenhuolto, kouluterveydenhuolto ja opiskelijoiden terveydenhuolto ovat yhteyksiä, joissa huumeongelmia voisi luontevasti tunnistaa ja ottaa käsittelyyn. Huumeiden käyttäjät ovat usein terveyspalvelujen suurkuluttajia.

Käytännössä tämä ei kuitenkaan toimi. Haastatteluissa, jotka siis tässä edustavat yksinomaan erityispalvelujen henkilöstön arviointeja, katsottiin, että perusterveydenhoidossa ei nykyisellään ole riittävästi tietoa ja taitoa huumeongelmien kohtaamiseen. Huumeiden käyttö havaitaan huonosti ja jos havaitaankin, ongelmiin ei osata puuttua; toiminta on hapuilevaa, epävarmaa ja vastuuta siirtelevää.

Toinen ongelma on asenteellinen. Haastattavat katsoivat, että terveydenhoidossa ei aina välttämättä edes haluta nähdä ja osata, vaikka hyvin nähtäisiin ja osattaisiinkin. Ongelmat siirretään mielellään päihdehuollon harteille. Vieroksuntaa aiheuttaa osaltaan se, että päihdeongelmat yleensäkin sopivat huonosti medikaalisiin malleihin (Lehto 1991) ja että huumeongelmissa tilannetta mutkistavat vielä laittomuus ja julkisuuden mystifioinnit. Osaltaan suhtautumiseen vaikuttavat historialliset syyt. Aikaisempi, ennen vuoden 1987 päihdehuoltolain uudistusta vallinnut käytäntö, jossa päihdeongelmien hoito oli selkeästi erotettu muusta terveydenhuollosta erilliseksi, sosiaalitoimen alaiseksi lohkokseen, näkyy henkilöstön asenteissa edelleenkin. Terveydenhoidon sektorin on vaikea katsoa kuuluvansa osaksi päihdehuollon järjestelmää.

Kolmessa yksikössä perusterveydenhuollon ongelmaksi nähtiin sektorin lääkekeskeys. Päihdeongelmiin vastataan liian helposti lääkkeillä, erityisesti bentsodiatsepiineilla,

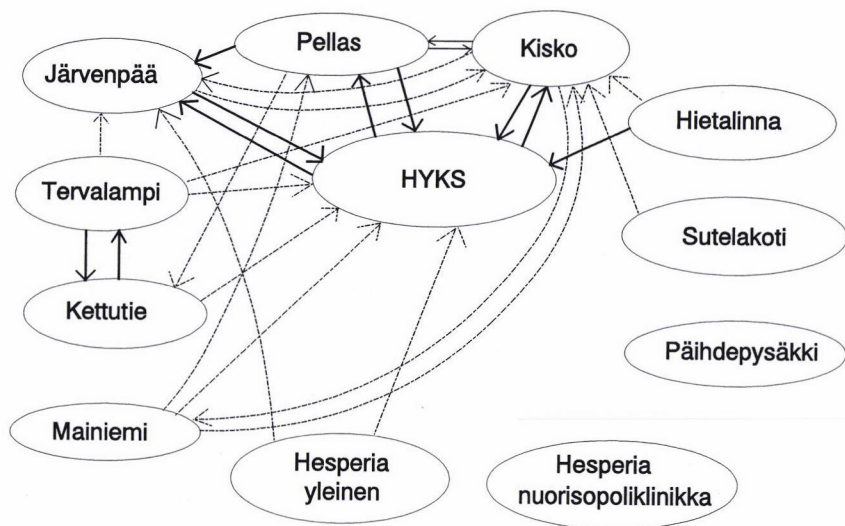
jotka ovat usein itsekkin osa huumeongelmaa.

Haastatteluissa pidettiin ongelmallisena myös mielenterveystoimistojen ja psykiatristen laitosten tapaa kohdella huumeongelmaisia. Kritiikin mukaan asiakkaan huume- tai muu päihdeongelma on este perusteelliselle hoidolle mielenterveyspalvelujen piirissä. Kun psykiatristen laitoshoidon paikkoja ryhdyttiin 1980-luvun lopulla voimakkaasti vähentämään, joutuivat päihdeongelmaiset vahvojen rajoitusten kohteeksi (Takala & Lehto 1992). Tähän kritiikkiin yhtyvät myös tutkimusaineiston psykiatrian yksikköjen edustajat. Heidän mukaansa psykiatrisessa sairaalassa suhtaudutaan aineiden käyttäjiin kielteisesti, jopa yliolkaisesti. Huumeiden käyttäjä saa nopeasti aineiden käyttäjän leiman, ja kun pahimmat psykoottiset oireet parin kolmen päivän päästä häipyvät, henkilö kirjoitetaan ulos sairaalasta. Psykiatriset sairaalat eivät hoida huumeongelmaisia, ainoastaan heidän psykoottiset tilansa. Muissa yksiköissä kaivattiin hienojakoisempaa diagnostiikkaa huumeongelman ja psykiatristen ongelman suhteesta ja esitettiin vaatimuksia siitä, että psykiatrian pitäisi ottaa enemmän vastuuta huumeongelmista.

Tutkimusaineiston yksiköissä lähestytään huumeongelmia erilaisista viitekehyksistä käsin. H-ryhmän erityisyksiköissä asiaa tarkastellaan specialistin näkökulmasta, perinteisellä alkoholistihoidolla on laajempi päihdehuollon viitekehys, nuorille suunnatuissa palveluissa nuorten ihmisten sopeutumis- ja kasvuongelmat ovat keskeisiä, kun taas psykiatriset yksiköt keskittyvät mielenterveydellisiin kysymyksiin. Millaisiin keskinäissuhteisiin yksiköt asettuvat huumehoidon kentällä?

Haastatteluissa tiedusteltiin yksiköiden yhteistyökumppaneita. Kaikilla oli omia verkostojaan ja paikallisia yhteistyökuvioitaan mm. sosiaalityön, päihdehuollon, terveydenhoidon, kriminaalihuollon tai sosiaali-, koulu- ja oikeusviranomaisten kanssa. Erityisesti tässä voidaan mainita NA-ryhmät, joiden kanssa varsinkin Kiskolla ja Pellaksella on tiivistä

Kuvio 1. Hoitoyksiköiden keskinäiset valinnat yhteistyökumppaneiksi



yhteistyötä. Kuviossa 1 esitetään, miten yhteistyö jäsenyi tutkimusjoukon sisällä. Sosiogrammi on laadittu siten, että kustakin yksiköstä on piirretty nuolet sen mukaan, mitä tutkimusjoukon yksiköitä haastatteluissa on yhteistyökumppaneiksi nimetty. Paksut nuolet kuvaavat tiivistä yhteydenpitoa.

Sosiogrammin antama kuva on aika yllättävä. Voisi ajatella, että yhteistyö ja kokemusten vaihto huumehoidon kaltaisen pienehkön, mutta vahvasti latautuneen, vaikean ja haastavan erityisalan sisällä olisi aktiivista ja monipuolista. Huumehoitoa tarjoavien yksikköjen välinen yhteistoiminta näyttää kuvion perusteella kuitenkin vahvasti strukturoituneelta ja valikoivalta.

Puhtaasti huumeongelmien hoitoon erikoistuneet yksiköt, HYKS, Kisko ja Pallas, muodostavat selvästi oman verkostonsa, eräänlaisen huumehoidon ”kultaisen kolmion”. Yksiköt nimesivät toisensa tärkeimpinä yhteistyökumppaneinaan. Yhteisiä tapaamisia järjestetään säännöllisesti. Kuviosta 1 näkyy, että erityisesti HYKS ja Kisko mainittiin yhteistyötahoina myös monessa tämän ryhmän ulko-

puolisessa yksikössä. H-ryhmän taitotietoa arvostetaan ja konsultoidaan. Erityisyksiköt ovat saavuttaneet johtavan aseman kentällä, mutta samalla näyttää siltä, että ne ovat myös vetäytyneet omaan piiriinsä: oman kolmion ulkopuolisia yksiköitä ei yhteistyöluetteloissa juuri mainita.

H-ryhmän ulkopuolisista paikoista ainoastaan Järvenpään sosiaalisairaalaalla näyttäisi olevan keskeinen rooli verkostossa. Siihen nähden, että päihdehuollon keskusyksikkönä tunnettu Järvenpää määriteltiin 1970-luvulla myös huumehoidon asiantuntijakeskukseksi, sen asema sosiogrammissa on kuitenkin odotettua heikompi. Ehkä siinä heijastuu vielä huumehoidon kentällä 1980-luvulla tapahtunut suunnanmuutos, jossa hallinnon määrittelyt jäivät uusien erityisyksikköjen jalkoihin. Joka tapauksessa uudistussuunnitelmia kehittää Järvenpäästä päihdehoitoalan tutkimus- ja opetuskeskus pidettiin haastatteluisa hyvinä.

Mielenkiintoisen parin kuviossa 1 muodostavat Tervalammen kartano ja Kettutien Apoliklinikka. Niiden välisen vahvan sidoksen

takana ovat henkilökohtainen yhteys (sama lääkäri toimii kummassakin yksikössä) ja se, että Tervälampi saa kaikki huumeasiakkansa Kettutien kautta.

Huomiota kiinnittää myös se, että P-ryhmän ja N-ryhmän yksiköt jäävät sosiogrammissa jokseenkin yksikseen. Psykiatrian yksikköjen irrallisuus yhteistyöstä on problemaattista varsinkin suhteessa siihen näkemykseen, että huumeongelmien takaa löytyy usein vakavia mielenterveyden häiriöitä, jotka vaatisivat psykiatrista erityishoitoa.

Nuorille suunnattujen yksiköiden kohdalla yllättää se, että vaikka ne hoitavat huumeongelmaisia yksikköryhmistä toiseksi eniten, ne jäävät tai jätetään sivuun muusta huumehoidon verkostosta. Kuvastaako tämä jonkinlaisia hallinnollista tai muuta ikäsegregaatiota (esim. yleisen sosiaalitoimen asiakkaat vs. lastensuojelun ja nuorisotoimen asiakkaat, narkomaanit vs. nuoret kokeilijat)? Se, että N-ryhmän yksiköistä itsestään ei suuntaudu nuolia juuri muihin tutkimusjoukon yksikköihin, viittaa siihen, että nuorille suunnatuilla yksiköillä on omat vahvat yhteistyöverkostonsa muiden lasten ja nuorten kanssa toimivien viranomaisten kanssa. Toisaalta se, että yksikään muu yksikkö ei nimeä niitä yhteistyökumppanikseen, kertoo siitä, että nuorille suunnattujen yksiköiden status on kentän muiden toimijoiden keskuudessa alhainen.

POHDINTA

Tutkimusaineiston tiedot osoittavat, että 1980-luvun puolivälissä perustetut huumehoidon yksiköt, HYKS:n vieroitusyksikkö, Kiskon toimintayksikkö ja Hietalinna-yhteisö, ja hiukan myöhemmin käynnistynyt Pelaksen vastaanotto- ja hoitoonohjauskoti ovat tulleet tarpeeseen. Asiakkaita riittää. Paikkojen käyttöaste on korkea. Sen sijaan nuorten, alle 18-vuotiaiden huumeiden käyttäjien hoi-

dossa näyttäisi olevan käyttämätöntä kapasiteettia, vaikka julkisuudessa on toista esitettykin. Myös alkoholistien hoitolaitoksista on löydetävissä potentiaalista huumehoidon kapasiteettia. Soveltuvaa osaamistakin varmasti on, onhan alkoholilla usein hallitseva osuus suomalaisessa huumeiden ongelmakäytössä (Partanen 1994). Vieläkin suurempi, miltei käyttämätön, huumehoidon resurssi uinuu perusterveydenhuollossa. Tämän sektorin koulutuksella voitaisiin parantaa huomattavasti ongelmien varhaistoteamista ja aikaista puuttumista. Se olisi todennäköisesti myös tehokkainta varautumista mahdollisesti vaikeutuvaan huumetilanteeseen (ks. esim. Rimpelä & al. 1995).

Huumehoidon, tai yleisemmin koko addiktiohoidon, toimintaa on arvosteltu hajanaiseksi ja huonosti järjestetyksi (esim. Kontula & Koskela 1992; Lehto 1992; Rimpelä 1994; Päihderiippuvaiset..., 1995). Kritiikkiin on aihetta. Vaikka hoitopaikkoja huumeongelmallisille on olemassa, on kyseenalaista, voidaanko puhua mistään hoidon järjestelmästä. Yhteydet huumehoidon erityispalvelujen, mielenterveyspalvelujen ja terveydenhuollon peruspalvelujen välillä ovat epäselvät. Eri-tyispalvelujen yksiköt kokevat toimivansa ilman perusterveydenhuollon tukea ja olevansa osaamisensa kanssa jokseenkin irrallaan siitä. Toisaalta myös varsinainen huumehoidon kenttä näyttää hajanaiselta ja klikkiytyneeltä. Jos tämän pohjalta tekee yhtälön, jossa lähtökohtana ovat peruspalvelujen puutteellinen tieto- ja taitotaso ja paikoin ilmenevä haluttomuus huumeongelman kohtaamiseen ja toisena tekijänä erityispalvelujen valikoiva yhteistyö ja heikko integroituneisuus peruspalveluihin, niin ratkaisu, mihin huumeiden käyttäjän sisääntulo systeemiin johtaa, saattaa jäädä aika sattumanvaraiseksi. Huumehoidossa olisi aika edetä ”antaa kaikkien kukkien kukkia” -vaiheesta kohti toimivampaa, erilaisia palveluja integroivaa hoitojärjestelmää.

KIRJALLISUUS

Fiorentine, Robert & Anglin, M. Douglas: Perceiving need for drug treatment: a look at eight hypotheses. *The International Journal of the Addiction* 29 (1994): 14, 1835–1854

Hakkarainen, Pekka: Suomalainen huumeekysymys. Huumausaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja n:o 42, 1992

Hakkarainen, Pekka & Hoikkala, Tommi: Temgesic: lättlurade läkare, narrande narkomaner. *Nordisk Alkoholtidskrift* 9 (1992): 5, 261–273

Heinonen, Markku: Käyttäjä kohtaa kontrollin. Hoito ja kontrolli huumeuorten kokemina. Helsinki: Sosiaalihuollon julkaisuja 7/1989, 1989

Huumausainelainsäädäntökoulutusta suunnitelleen työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1995:1, 1995

Huumeuoren vaikea mahtua hoitoon. Helsingin Sanomat 29.1.1995

Kaukonen, Olavi: Sosiaalisesta päihdehuoltoon? Helsinki: Stakes, raportteja 137, 1994

Kinnunen, Aarne & Lehto, Juhani & Ettorre, Elisabeth: Finland, drug treatment on the margins. A paper presented in 21st Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Porto, June 5–9, 1995

Kontula, Osmo & Koskela, Kaj: Huumeiden käyttö ja mielipiteet huumeista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 8/1992, 1992

Kuussaari, Kristiina: Kuka auttaa pilvestä pois? Tutkimus huumehoidon ammattiauttajista. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, sosiologian laitos 1994

Lehto, Juhani: Juoppojen professionaalinen auttaminen. Helsinki: Stakes, tutkimuksia 1/1991, 1991

Lehto, Juhani: Huumeongelmien hoito. Sosiaalinen Aikakauskirja 86 (1992): 4, 20–22

Nuorten huumeityöryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistio 1985:26, 1985

Nuorvala, Yrjö & Lehto, Juhani: Päihdetapauskanta vuonna 1991. *Alkoholipolitiikka* 57 (1992): 4, 264–269

Nuorvala, Yrjö & Vertio, Harri: Päihdetapauskanta 13.10.1987: Eikö kunnallinen päihdehuolto tavoita nuoria eikä 'hyväosaisia'. Sosiaalinen Aikakauskirja 83 (1989): 2, 51–55

Ovaska, Irma & Pääkkönen, Marja-Liisa & Heinälä, Pekka: Päihteiden sekakäyttäjät terveydenhuollon haasteena. *Suomen Lääkärilehti* 48 (1993): 22–23, 2120–2123

Partanen, Juha: Märkä pilvi. *Alkoholipolitiikka* 59 (1994): 6, 397–411

Päihderiippuvaiset vailla järjestelmällistä hoitoa. Helsingin Sanomat, pääkirjoitus 18.7.1995

Rimpelä, Matti: Addiktioasiakkaat – toisen luokan kansalaisia? *Suomen Lääkärilehti* 49 (1994), 3687

Rimpelä, Matti & Pohjanpää, Kirsti & Terho, Pirjo & Pienmäki-Jylhä, Päivi & Poikajärvi, Kristiina: Huumeet tulleet nuorten arkeen. Stakes 1995. (Käsikirjoitus)

Scientologiaan pohjaava Narconon kaavailee huumeeparantolaa Nastolaan. Helsingin Sanomat 19.6.1995

Takala, Jukka-Pekka & Lehto, Juhani: Finland: The non-medical model reconsidered. In: Klingeman, H. & Takala, J.-P. & Hunt, G. (eds.): *Cure, care, or control*. New York: State University of New York Press, 1992

Valtioneuvoston kertomus eduskunnalle päihdeolojen kehityksestä vuonna 1993. Helsinki: VAPK, 1994.

ENGLISH SUMMARY

Pekka Hakkarainen & Kristiina Kuussaari: Specialized drug treatment in Finland: service structure and treatment system (Erikoistunut huumehoito: palvelurakenne ja huumehoidon järjestelmä)

In Finland treatment for users of illegal drugs ought to be provided mainly through public health care and welfare services. The most serious cases are referred to specialized treatment units, which are useful sources of new information on the treatment of drug abusers.

This study takes a closer look at specialized drug treatment units to find out what kind of units there are in the country and what kind of treatment is available. The interviews for the study were carried out in spring 1994; other data sources included various written documents.

The focus of the study is on 12 units that were known to have experience with the treatment of drug abusers. The units can be divided into four groups: units specializing in drug treatment, alcohol sanatoria and A-clinics, units for adolescent

abusers, and psychiatric units. The findings indicate that units specializing in drug treatment have grown up in response to a real need and have an established place within the treatment system. The role of psychiatric treatment, on the other hand, is somewhat contradictory as staff are not always familiar with the problems they encounter on the job. As for units specializing in the treatment of alcoholics, the study revealed untapped know-how resources. The role of public health care services in drug treatment was found to be virtually non-existent.

ent. Staff training must be stepped up for better drug treatment and earlier identification of drug problems.

There is not enough effective coordination in the field of specialized drug treatment in Finland. Treatment units tend to concentrate on their own specialities and have only limited contact and cooperation with others. There is an obvious need in this field to create a more closely integrated and efficient system through better coordination and collaboration.

KEY WORDS:

Drug abuse, treatment, inpatient care, institutions, Finland